

## Fragebogen Post-TEST

ID: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie folgende Fragen zu ihrem körperlichen und psychischen Wohlbefinden zu beantworten. Die Ergebnisse aus der Blutanalyse werden von Ihrer Beraterin an den Fragebogen angehängt.

### Soziodemografische Daten

Geschlecht:

Weiblich  Männlich  Divers

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bauchumfang – gemessen auf Höhe des Bauchnabels: \_\_\_\_\_ cm

Blutdruck: \_\_\_\_\_ mmHg

### Beschwerdebereiche

Nachfolgend finden Sie diverse Bereiche gelistet, bitte geben Sie auf der angeführten Skala an, ob und wie stark Sie in den genannten Bereichen Beschwerden haben. (Bezüglich Menstruation können männliche StudienteilnehmerInnen das Feld auslassen)

	Keine Beschwerden	Wenige	Spürbare	Viele Beschwerden
Allgemeines psychisches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines physisches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgelüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Medikamente

Bitte geben Sie an, ob Sie eines der genannten Medikamente regelmäßig einnehmen:

- Schilddrüsenmedikamente
- Medikamente zur Senkung des Blutdrucks
- Medikamente Zur Senkung des Blutzuckers
- Medikamente zur Senkung des Cholesterins
- Cortison
- Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_
- Keine Medikamente

## Ernährung

Nachfolgend finden Sie Fragen und Aussagen zu Ihrem Ernährungsverhalten, bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

	(Fast) Nie	Selten	Oft	(Fast) Immer
Ich frühstücke jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse jeden Tag ein Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse jeden Tag ein Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte auf eine typgerechte Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse täglich Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse täglich Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf jeden Tag ausreichend zu trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche ungesunde Lebensmittel zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf häufiger Nicht-tierisches zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig Fleisch und tierische Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig stark zuckerhaltige Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig Lebensmittel mit einem hohen Anteil an Kohlenhydraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ID: \_\_\_\_\_

**Wie häufig verwenden Sie folgende Fettquellen?**

	(Fast) Nie	Selten	Oft	(Fast) Immer
Olivenöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonnenblumenöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokosfett/-öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesamöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leinöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fischöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ghee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweineschmalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Öle/Fette: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Werden Mikronährstoffe bzw. Omega-3-Fettsäuren und Vitamin D eingenommen? Wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

**Nur nach der Ernährungsumstellung auszufüllen:**

Wie viele Kohlenhydrate wurden max. pro Tag ausgetestet: \_\_\_\_\_g

Wie hoch ist die ausgetestete Minimum Ratio pro Mahlzeit - Fett/(Eiweiß+Kohlenhydrate): \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie an, zu wie viel Prozent Sie sich an die vorgeschlagenen Änderungen in der Ernährung gehalten haben:

0-25% \_\_\_\_\_ 25-50% \_\_\_\_\_ 50-75% \_\_\_\_\_ 75-100% \_\_\_\_\_